大和高田市　選択制の対象福祉用具の購入申請における確認シート

令和7年2月

選択制の対象福祉用具の購入について、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する

観点から、

被保険者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

【□本人・□家族＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿・□その他（ 　　　　　　　　　　　　）】

に下記の対応をすべて行いました。

□介護保険を利用した購入と貸与の選択はできるが、併用ができないことの説明

□利用者の選択に当たって必要な情報の提供

□購入選択の場合、著しい身体状況の変化等がない限り、原則同一品目の再購入・貸与ができない

ことの説明

□医師や専門職の意見、利用者の心身状況等を踏まえた事案であること

□選択制福祉用具の試用期間を設けたこと（　　　　　年　　　　月　　　 日～　　　　年　　　　月　　　日）

また、上記の対応について、下記の書類に記録しました。

□特定福祉用具販売計画書

□福祉用具モニタリングシート

□サービス担当者会議の要点

□居宅介護支援経過

□その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※必要に応じて記録の写しを求める場合があります。

□申　請　年　月　日　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

□担当介護支援相談員　　　事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

 がいる場合（署名）

氏　　　名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□福祉用具専門相談員 　　事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

 (署名)

氏　　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿